

**Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne  
- Slutlig jämförande rapport**

---

*September 2018*

*Capire Consulting*

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>5</b>
2.1	BAKGRUND OCH SYFTE.....	5
2.2	UPPDRAGET .....	5
2.3	REVISIONSKRITERIER.....	6
2.4	GENOMFÖRANDE .....	6
<b>3</b>	<b>IMPLEMENTERINGEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET – NULÄGE.....</b>	<b>7</b>
3.1	SAMVERKANSORGAN.....	7
3.2	NULÄGET I SIFFROR .....	7
3.3	ANSVARSFÖRDELNINGEN MELLAN KOMMUNEN OCH REGIONEN.....	11
3.4	KOMMUNERNAS INSATSER .....	12
3.5	REGION SKÅNES INSATSER .....	17
3.6	UPPFÖLJNING OCH EFFEKTER .....	19
3.7	OMDÖMEN OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET.....	21
3.8	BRUKARORGANISATIONERNA .....	22
<b>4</b>	<b>SAMMANFATTANDE ANALYS .....</b>	<b>23</b>
	<b>BILAGA 1. KORT OM AVTALEN .....</b>	<b>25</b>
	HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET .....	25
	UTSKRIVNING FRÅN SLUTEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	25
	<b>BILAGA 2: TIDIGARE BEDÖMNINGAR OCH FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG.....</b>	<b>27</b>

# 1 Sammanfattning

## Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Region Skåne samt i tolv skånska kommuner<sup>1</sup> har uppdragit till Capire Consulting AB att göra en granskning av Region Skånes och dessa kommuners roll i implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet som träffades mellan Region Skåne och de skånska kommunerna 2016.

Genomförandet av granskningen har skett genom analys av relevanta dokument, statistik samt en workshop. Likaså har det gjorts djupintervjuer med företrädare för berörda politiska organ och tjänstemannaorganisationer i Region Skåne och kommunerna liksom med företrädare för brukarorganisationer. Granskningen har genomförts under perioden april till juni 2018.

## Övergripande resultat

Syftet med hälso- och sjukvårdsavtalet är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet. Målgruppen för utvecklingsdelen av avtalet är de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård. Gruppen utgörs av personer som har omfattande varaktiga eller temporära nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av skada, sjukdom eller åldrande samt personer med hög risk att utveckla sådana allvarliga funktionsnedsättningar.

Tillkomsten av hälso- och sjukvårdsavtalet har enligt intervjupersonerna underlättat och förbättrat samverkan kring målgruppen - inte minst vid jämförelse med resultaten från den granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter som genomfördes 2016. Organisation, ansvarsområden, ansvarsfördelning och roller både i regionen och kommunerna har förtydligats och uppges ha lett till förbättring av det gemensamma uppdraget kring målgruppen.

I granskningarna har samtidigt uppmärksammats ett antal risker som är viktiga för både kommunerna och Region Skåne att hantera.

Vårdformen mobilt vårdteam ska enligt beslutade målsättningar och villkor vara färdigutvecklad och implementerad till och med år 2020. Vår iakttagelse är att reformen möter betydande implementeringsproblem utifrån primärvårdens brist på personal och olika förutsättningar i kommunerna. Risker finns att Region Skåne inte kommer att kunna leva upp till sina åtagande varken gentemot kommunerna och de berörda patienterna som skrivs in i mobilt vårdteam.

Vi bedömer vidare att slut- och specialistvårdens strategiska roll i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet bör tydliggöras. För aktörerna på lokal nivå finns en stark koppling mellan hälso- och sjukvårdsavtalet och den överenskommelse som slutits om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Vår bedömning är att det vore fruktbart att se dessa bägge regelverk som en helhet och att insatser för att stödja en önskvärd utveckling inom dessa områden samordnas.

En strukturerad och för kommunerna och Region Skåne gemensam uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet genomförs. Den ska enligt intentionerna omfatta process, funktion, resultat och ekonomiska konsekvenser. Kompletterande uppföljning bör enligt vår bedömning ske utifrån den konkreta samverkan som sker på lokal nivå. Uppföljningen bör omfatta både hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

I granskningarna har det framgått att det finns ett förtroendeglapp mellan parterna. Det är angeläget att stärka detta förtroende både för att lösa uppkomna tolkningsfrågor och för att i samverkan utveckla hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner.

---

<sup>1</sup> De kommuner som medverkar i granskningen är: Burlövs kommun, Höörs kommun, Klippans kommun, Lunds kommun, Skurups kommun, Svedala kommun, Tomelilla kommun, Trelleborgs kommun, Vellinge kommun, Ystads kommun\*, Åstorps kommun, Örkelljunga kommun. (\*Ystads kommun har genomfört granskningen i egen regi).

## Förbättringsförslag

Följande utvecklingsområden såväl inom som mellan respektive huvudman har identifierats:

- Parterna bör gemensamt verka för att på lokal nivå få fram planer och strategier för implementering av hälso- och sjukvårdsavtalet. Planer bör utgå från befolkningens och målgruppens konkreta behov och ligga till grund för målinriktade aktiviteter gentemot patienterna, kompetensförstärkning för personalen och utvärderingen för ett gemensamt lärande.
- Parterna bör på delregional nivå tillskapa resurser som kan stödja implementeringsprocessen på lokal nivå.
- Parterna bör gemensamt utifrån de behov som finns lokalt genomföra erforderliga utbildningsinsatser.
- Parterna bör fortlöpande, ömsesidigt och lokalt, öka kunskapen om respektive huvudmans förutsättningar och åtaganden för att minska ”irritation om den andres verksamhet” i en pressad arbets-situation.
- Parterna bör snabbt komma till rätta med de brister som finns i nuvarande stödsystem för utskrivning och vårdplanering.
- Kommunerna bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.
- Region Skåne bör se över primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter.
- Region Skåne bör se arbetet med genomförandet av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården som en helhet och insatser för att stödja en önskvärd utveckling inom dessa områden bör samordnas samt inkludera sluten- och specialistvården.

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund och syfte

Det nya avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (fortsättningsvis kallat ”hälso- och sjukvårdsavtalet”) trädde i kraft 1 september 2016 efter att ha fastställts av Region Skåne och samtliga kommuner i Skåne.

Hälso- och sjukvårdsavtalet innehåller bland annat en utvecklingsplan för gemensam teambaserad hemsjukvård i hela Skåne. Sjuksköterska från kommun och läkare från Region Skåne ska vara tillgängliga dygnet runt på telefon, kunna göra planerade besök inom en vecka och akuta besök inom två timmar. Med hälso- och sjukvårdsavtalet ska kommunerna och Region Skåne också bli bättre på att tillsammans tidigt upptäcka och hjälpa personer som riskerar att utveckla ett långvarigt behov av vård.

En politisk styrgrupp med representanter från Region Skåne och Skånes kommuner har lett arbetet med att utforma hälso- och sjukvårdsavtalets innehåll. Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet utgår i större utsträckning än tidigare från vårdtagarens behov för att skapa en tryggare och mer sammanhållen vård för den enskilde. Hälso- och sjukvårdsavtalets syfte är att samtidigt skapa förutsättningar för en ambitionshöjning, både när det gäller kvalitet och resurseffektivitet.

Region Skåne och tolv av länets kommuner har beslutat att samverka i granskningar av avtalet.

### 2.2 Uppdraget

Granskningarna inkluderar

- en granskning av Region Skånes roll i implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet samt en samlad analys och sammanställning av de deltagande kommunernas rapporter (Grunduppdrag).
- att genomföra granskning i de kommuner som väljer att delta i projektet (Tilläggsuppdrag).

Denna rapport avser *en andra och avslutande del* av grunduppdraget.

Rapporten omfattar en analys och sammanställning av tolv deltagande kommuners och Region Skånes granskningsrapporter. Syftet är att denna rapport ska ge en sammantagen bild av nuläget i Skåne med analys av eventuella geografiska skillnader inom länet. Analysen ska belysa vilka brister, utmaningar och hinder som föreligger i kommunerna samt hur långt kommunerna har hunnit med arbetet att implementera avtalet. Rapporten ska ge kommunerna och Region Skåne en möjlighet till jämförelser. Den slutliga rapporten ska ha fokus på hur kommunerna och Region Skåne samverkar i arbetet med implementeringen av avtalet samt redovisa vilka gemensamma insatser som görs och vad resultatet av dessa blir.

Inom ramen för dessa granskningsuppdrag har granskningsrapporter överlämnats till revisionen i respektive politiskt organ i:

- Region Skåne
- Burlövs kommun
- Höörs kommun
- Klippans kommun
- Lunds kommun
- Skurups kommun
- Svedala kommun
- Tomelilla kommun
- Trelleborgs kommun
- Vellinge kommun
- Ystads kommun<sup>2</sup>
- Åstorps kommun
- Örkelljunga kommun.

---

<sup>2</sup> Revisorerna i Ystads kommun har genomfört sin granskning i egen regi med biträde av EY.

I grund- respektive tilläggsuppdraget har följande revisionsfrågor behandlats för Region Skåne och samtliga medverkande kommuner:

- Hur bidrar Region Skåne till samverkan med kommunerna för att implementera hälso- och sjukvårdsavtalet?
- Vilka effekter kan påvisas för patienterna som kan härledas till den nya samverkan och hur följs dessa upp?
- Vilka samhällsekonomiska besparingar kan påvisas i nuläget som ett resultat av samverkan och hur följs dessa upp?
- Hur har kostnadsfördelningen som är hänförliga till hälso- och sjukvårdsavtalet reglerats mellan parterna och hur hanteras dessa i praktiken i Region Skåne och i respektive kommun?
- Är ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna med anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet tydlig och fungerande i praktiken?
- Hur följer Region Skåne upp hälso- och sjukvårdsavtalets efterlevnad i respektive kommun?

För de medverkande kommunerna har därutöver följande frågeställning ingått i uppdraget.

- Vilka beslut och åtgärder har det tagits i kommunen för att hantera de nya ansvarsområden som hälso- och sjukvårdsavtalet anger?

### **2.3 Revisionskriterier**

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier har använts i denna granskning:

- Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (2016-01-19)
- Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017-11-24)
- Kommunallag (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientlag (2014:821)
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS och SOSFS)
- Socialstyrelsen – ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Samordnade Individuella Planer (SIP) enligt HSL 3f§ och SoL 2 kap 7§
- Interna policys, regler, styrdokument och avtal inom Region Skåne och kommunerna

### **2.4 Genomförande**

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, en workshop och intervjuer med förtroendevalda och berörda tjänstemän inom Region Skåne, enskilda kommuner och Kommunförbundet Skåne. Intervjuer har även genomförts med representanter för brukarorganisationer och vårdcentraler. Granskningen har skett parallellt med granskning av hantering av hälso- och sjukvårdsavtalet i tolv kommuner. Totalt har intervjuer/workshop i dessa granskningar genomförts med cirka 65 personer.

Granskningen har genomförts av Dag Boman uppdragsledare, Pia Lidwall specialist, Carin Magnusson, specialist och kvalitetsansvarig samt av Mari Månsson specialist. Granskningen är sakgranskad av berörda företrädare för Region Skåne och respektive kommun.

Projektledare för granskningen har varit Teodora Heim, certifierad kommunal yrkesrevisor och Eva Tency Nilsson, certifierad kommunal yrkesrevisor, bägge vid Region Skånes revisionskontor. Granskningarna har genomförts under perioden april till juni 2018.

## 3 Implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet – nuläge

### 3.1 Samverkansorgan

Förverkligandet av hälso- och sjukvårdsavtalet sker inom en särskild samverkansorganisation som upprättats på central, delregional och lokal nivå.

Det centrala samverkansorganet är politiskt sammansatt med representanter från Region Skåne och från de skånska kommunerna. Samverkansorganet är inte beslutande. Det ska bland annat följa och genom olika initiativ stödja implementeringen av avtalet i syfte att skapa förutsättningar för att uppsatta mål i avtalet uppnås med särskilt fokus på implementering, förvaltning och utveckling. Till uppgifterna hör även att säkerställa att uppföljning och utvärdering sker i enlighet med avtalet, inklusive de ekonomiska konsekvenserna.

Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet ska samverkansorganet sammanträda minst sex gånger per år. Beredning av ärenden sker genom en gemensam tjänstemannagrupp med representanter från Region Skåne, Kommunförbundet Skåne och de skånska kommunerna.

Utöver den skåneövergripande samverkan har även sex delregionala samverkansorgan inrättats. Dessa omfattar följande områden/kommuner:

- Malmö
- Sydväst (Vellinge, Svedala, Trelleborg)
- Sydost (Simrishamn, Tomelilla, Ystad, Sjöbo, Skurup)
- Nordost (Kristianstad, Hässleholm, Bromölla, Perstorp, Osby, Östra Göinge)
- Nordväst (Båstad, Bjuv, Åstorp, Ängelholm, Örkelljunga, Klippan, Helsingborg, Höganäs, Landskrona, Svalöv)
- Mellersta (Lund, Staffanstorp, Hörby, Höör, Kävlinge, Eslöv, Burlöv, Lomma)

De delregionala samverkansorganen ska, enligt avtalet, (citata) ”*ha sin tyngdpunkt i arbetet med att uppnå de konkreta målen i hälso- och sjukvårdsavtalet och då med särskilt fokus på genomförande och förankring*”. I avtalet understryks att det delregionala arbetet kan komma att utformas olika utifrån lokala förutsättningar.

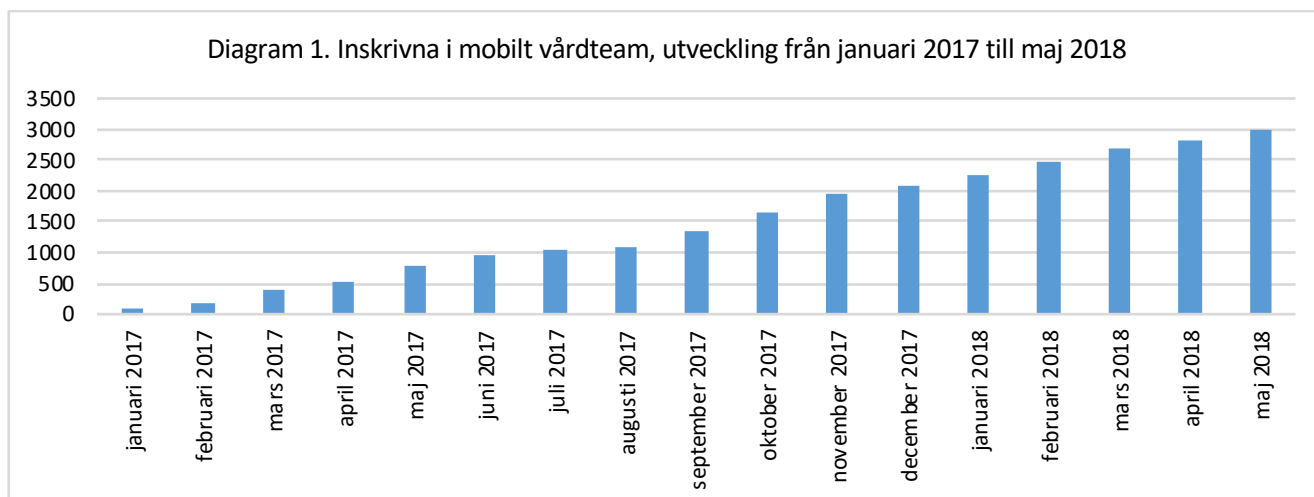
I flertalet kommuner finns lokala samverkansgrupper. Det är vanligt att samverkansmöten äger rum en gång i månaden med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och representanter för offentligt och privat drivna vårdcentraler och verksamhetschefer från kommunen. I flertalet av kommunerna har lokala samarbetsavtal slutits.

### 3.2 Nuläget i siffror

#### *Samlad bild hela Skåne*

Implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet följs bland annat genom månatlig statistik från vårdcentralerna om antalet personer som är inskrivna i mobilt vårdteam. Detta område är sedan 2017 integrerat i förfrågningsunderlaget för hälsoavtalet och vårdcentralernas ackrediteringsvillkor.

Antalet inskrivna personer har ökat kontinuerligt sedan starten av vårdformen. Utvecklingen från januari 2017 till maj 2018 framgår i diagram 1.

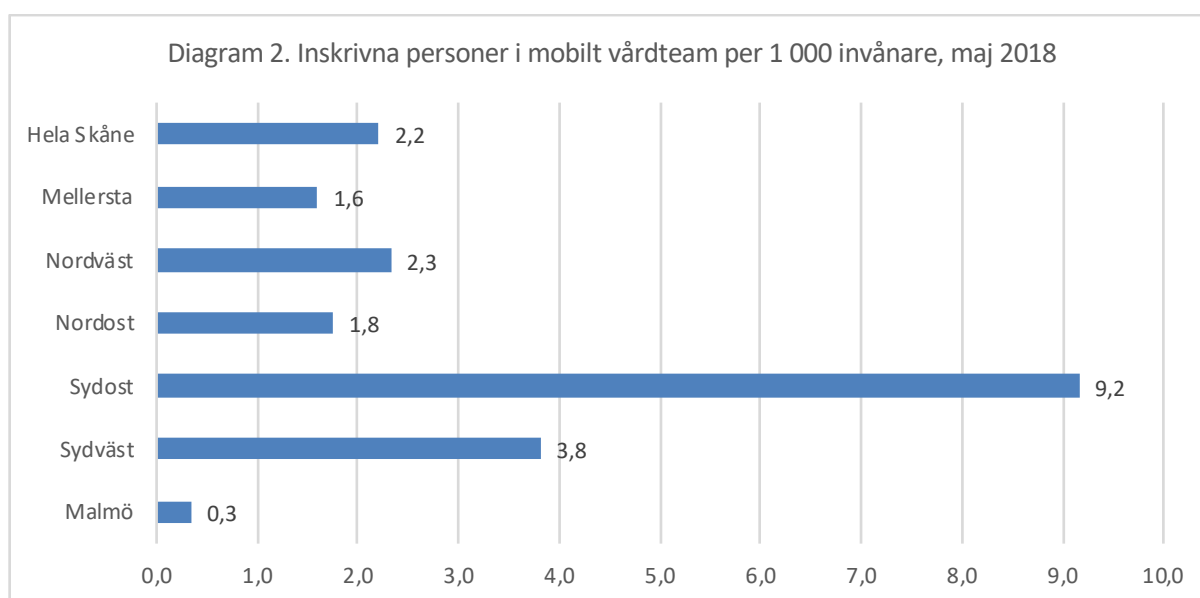


I maj 2018 hade enligt uppgifter från Region Skåne 89 vårdcentraler patienter som var inskrivna i mobilt vårdteam. Det kan jämföras med det totala antalet vårdcentraler som är drygt 150. Vid samma tidpunkt fanns det inskrivna patienter från 29 av länets 33 kommuner.

I maj 2018 var sammanlagt 2 971 personer inskrivna i mobilt vårdteam i Skåne. Per 1 000 invånare motsvarar denna siffra 2,2 personer. Beräkningar gör samtidigt gällande att målgruppen som uppfyller uppställda kriterier kan uppgå till drygt 12 000 individer, vilket motsvarar cirka nio personer per 1 000 invånare. Således är det mindre än en fjärdedel av den tänkta målgruppen som hittills har nåtts av vårdformen.

#### Geografiska skillnader

Skillnaderna är stora mellan enskilda vårdcentraler i en och samma kommun och mellan de enskilda kommunerna. Av den registrering som sker inom ramen för hälsoavtalet för vårdcentralerna finns även påtagliga skillnader mellan de sex skånska delregionerna (se diagram 2).



I delregion Sydost är inskrivningsgraden 9,2 personer per 1 000 invånare vilket således ligger nära de behovsbedömningar som gjordes när vårdformen instiftades. Flest inskrivna i förhållande till befolkningens mängd finns i Tomelilla (15,5 per 1 000 invånare). Per 1 000 invånare har även Ystad (10,3) och Simrishamn (14,2) en hög inskrivningsgrad. Färre är inskrivna i Skurup (3,5 per 1 000 invånare) och i Sjöbo (2,5 per 1 000 invånare).



Även delregion Sydväst, vilken inbegriper Svedala, Vellinge och Trelleborg, har med i snitt 3,8 inskrivna per 1 000 invånare en högre inskrivningsgrad än genomsnittet för Skåne.

I delregion Nordväst är andelen inskrivna i förhållande till befolkningens mängden nära genomsnittet för hela Skåne. I fallande ordning har Höganäs, Bjuv, Örkeljunga, Svalöv och Ängelholm en inskrivningsgrad mellan 5,0 och 3,3 inskrivna per 1 000 invånare. Åstorp och Klippan, som deltar i granskningen har liksom övriga kommuner i delregionen 0 – 2 inskrivna invånare per 1 000 invånare. Siffran för Helsingborg är 1,9.

Ingen av kommunerna i delregion Nordost medverkar i detta granskningsprojekt. Genomsnittet för kommunerna i denna delregion är 1,8 inskrivna per 1 000 invånare. Högst ligger Östra Göinge (2,8) samt Hässleholm (2,8). Talet för Kristianstad är 0,6.

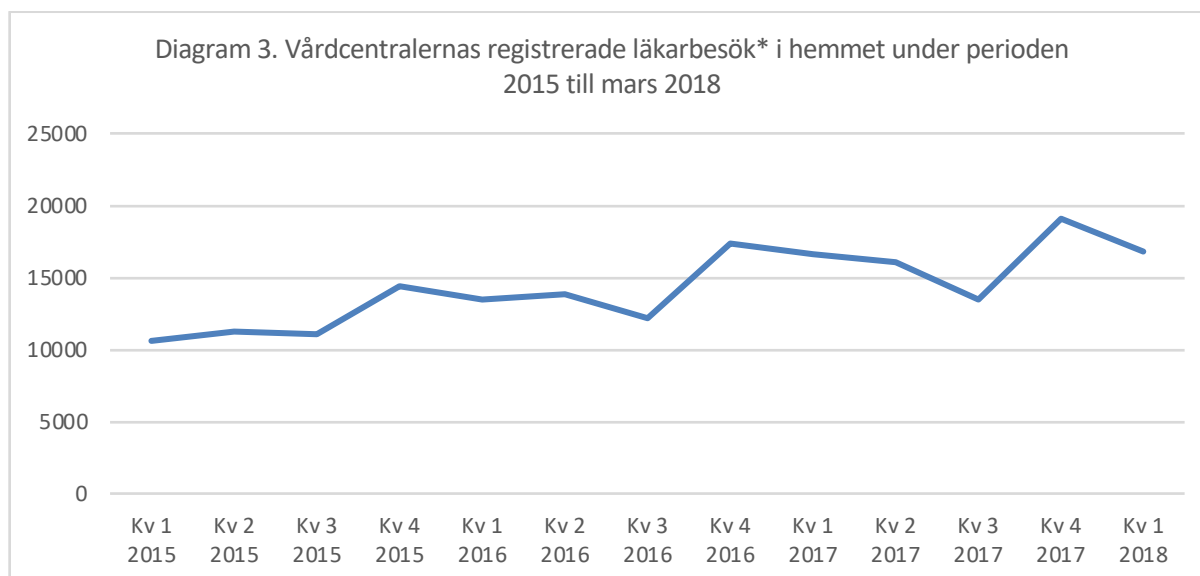
Delregion Mellersta Skåne ligger under genomsnittet för Skåne. Höör och Hörby ligger dock relativt högt med drygt fem inskrivna per 1 000 invånare liksom Eslöv som redovisar 3,6 inskrivna per 1 000 invånare. Övriga kommuner har inklusive Lund (0,8) och Burlöv (0) hitintills en låg inskrivningsgrad.

Malmö utgör i detta sammanhang en egen delregion. I maj 2018 hade Malmö 0,3 inskrivna i mobilt vårdteam per 1 000 invånare.

### Hembesök

Under de fem första månaderna 2018 utförde vårdcentralerna cirka 5 600 läkarbesök i hemmet per månad.

Hembesök som utförs av läkare har registrerats redan innan vårdformen mobilt vårdteam infördes. Vårdcentralernas läkarbesök i hemmet har stadigt ökat under de senaste åren (se diagram 3). Det går ännu inte att se någon påtaglig trendförändring från 2017 då de mobila vårdteamen infördes, utan ökningen av läkarbesök i hemmet förefaller öka i samma takt som tidigare.



\*) Besök av gynekolog, läkare, MVC-läkare, ST-läkare och team inklusive läkare

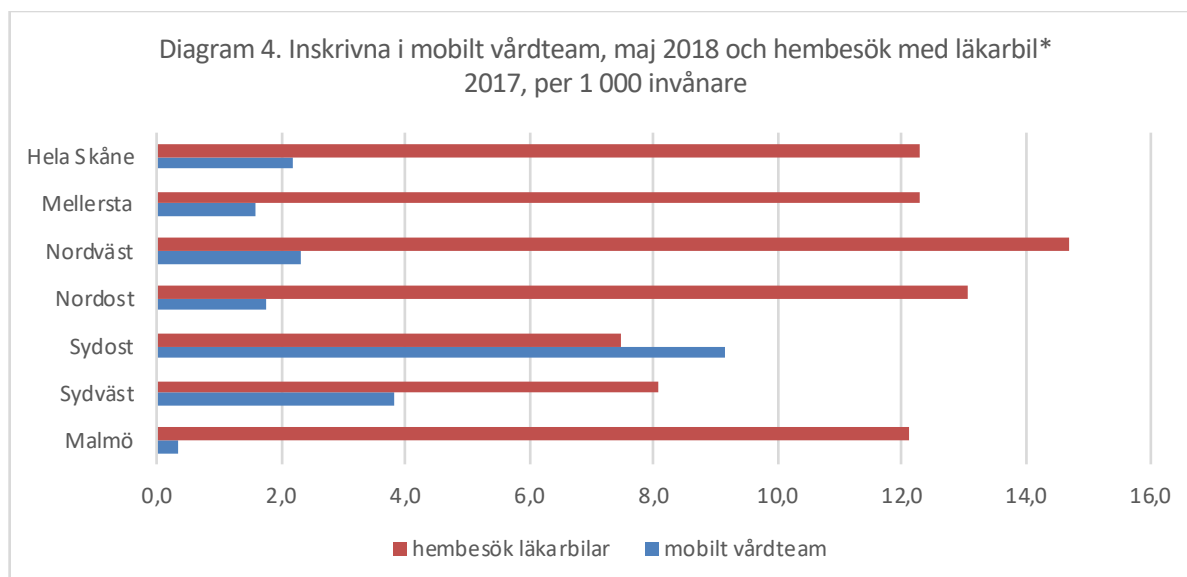
### Hembesök med läkarbilar

Region Skånes avtal med extern leverantör för läkarbilar har utökats för att stötta vårdformen mobilt vårdteam. Under 2017 utförde läkarbilarna cirka 16 500 läkarbesök i hemmet varav 3 700 avsåg dödsfall. Jämförelsevis genomförde läkare vid vårdcentralerna cirka 65 000 hembesök under samma år.

Möjligheten att nyttja läkarbilar omfattar befolkningen i hela Skåne, dygnet runt, alla dagar om året. Undantagna är patienter inskrivna i mobilt vårdteam utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet mellan klockan 08 - 18. Det vill säga att läkarbilarna är tillgängliga endast under jourtid för de patienter som är inskrivna i mobilt vårdteam. Av diagram 4 som omfattar statistik från 2017 framgår att det finns en

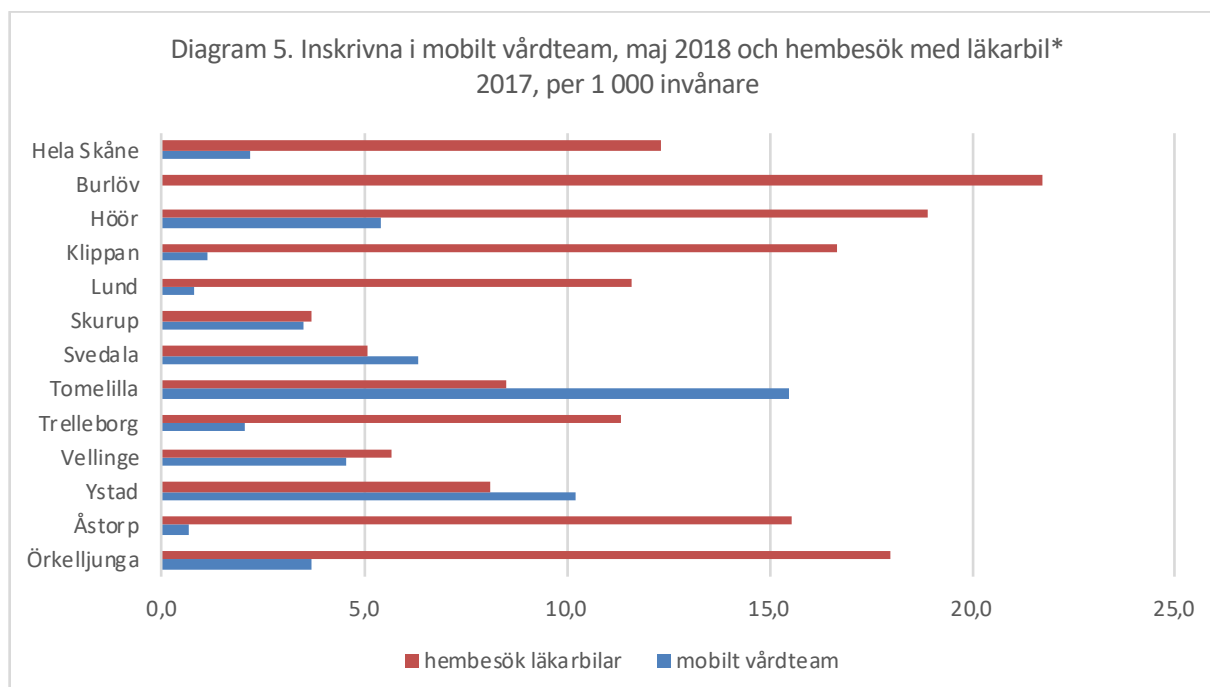
lägre nyttjandegrad av läkarbilar i de delregioner som har en hög inskrivningsgrad i mobila team. Detta kan avspegla att läkarbilarna inte kan nyttjas under dagtid för de inskrivna i de mobila teamen.

Mellan enskilda kommuner finns dock avvikelser från detta övergripande mönster. Nyttjande av läkarbilar styrs sannolikt även av många faktorer såsom avstånd, tillgänglighet, traditioner med mera.



\*) Inkluderar hembesök i anledning av dödsfall, vilka står för knappt en fjärdedel av de hembesök som skedde med läkarbil.

I diagram 5 återfinns motsvarande uppgifter för de tolv kommuner som genomfört granskningen av hemsjukvårdsavtalet.



\*) Inkluderar hembesök i anledning av dödsfall, vilka står för knappt en fjärdedel av de hembesök som skedde med läkarbil.

Den variation som finns mellan de enskilda kommunerna illustrerar att nyttjande av läkarbilar för hembesök styrs av ett flertal faktorer, även om ett visst omvänt samband kan finnas med hur många patienter som är inskrivna i mobila vårdteam.

### 3.3 Ansvarsfördelningen mellan kommunen och regionen

#### 3.3.1 Ansvaret för insatser

Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet är strukturerat i ett grundavtal och en utvecklingsplan. Grundavtalet beskriver bland annat kommunernas respektive Region Skånes åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar. Utvecklingsplanen omfattar exempelvis utveckling av samverkansformer och teambaserad vård för de mest sjuka. (Se bilaga 1 för en mer utförlig beskrivning).

I granskningen har det framkommit att grundavtalet, i vilket det inte skett några större förändringar jämfört med tidigare avtal, har fungerat relativt väl och enligt samma principer under en längre tid. Det finns samtidigt, enligt de intervjuade, frågor som återkommer som diskussionsämne. Det rör exempelvis hur ”tröskelprincipen” ska tolkas. Tröskelprincipen ska styra hur ansvaret fördelas mellan parterna. I takt med att vården förändras är det exempelvis inte alltid självklart hur avtalets skrivning om kommunens ansvar ”upp till sjuksköterskenivå” ska tolkas.

Sedan länge förekommer ”diskussioner” om ansvarsfördelning för förbrukningsartiklar där avtalet anses ge dålig vägledning. Exempelvis finns oenighet om vem som ska ta kostnaden för skollunchen för elever med särskilda behov. Området rehabilitering och hjälpmedel bereds för närvarande gemensamt mellan Region Skåne och kommunerna. Många intervjuade anger detta som ett besvärligt område att komma överens om.

Det finns en stark uppslutning bakom utvecklingsavtalet bland bägge parter. Det anses vara bra att successivt kunna utveckla de olika delarna i samverkan. Intervjupersonerna anser samtidigt att avtalet är författat på en övergripande nivå och ger inte fullständig vägledning. (Citat) ”Vi upptäcker nu under processen att parterna inte hade samma bild.” Det uppges vara små, men många knepiga frågor, som måste hanteras.

Det framkommer bland många intervjuade att de anser att det allmänt finns ett förtroendegap mellan parterna som är olyckligt och hindrar utveckling av samarbetet. Den organisation som bildats kring implementeringen av avtalet beskrivs som en nödvändig faktor för att kunna utveckla och konkretisera samverkan. En viktig del av hanteringen av hälso- och sjukvårdsavtalet är de lokala avtal som träffas på kommunnivå.

#### 3.3.2 Kostnadsfördelningen

Enligt genomförda intervjuer ådrar sig kostnadsfördelningsfrågor tillsvidare liten uppmärksamhet inom ramen för samverkan kring hälso- och sjukvårdsavtalet.

I avtalet preciseras att förstärkningen av läkarstödet är Region Skånes ansvar. Ansvar för att säkerställa den kommunala hemsjukvården och den sociala omsorgen åvilar respektive kommun. Däremot svarar Region Skåne för den rådgivning, det stöd och den fortbildning som inte kan anses ligga inom ramen för den grundläggande kompetensutvecklingen.

Avtalsparterna ansvarar gemensamt för de investeringar i beslutsstöd, kompetensutveckling och stödssystem i övrigt som krävs för den gemensamma utvecklingen, liksom kostnader för gemensam utvärdering.

Kostnadsfördelningen för de frågor som handläggs inom ramen för den gemensamma samverkansorganisationen beslutas från fall till fall. I praktiken strävar parterna efter en jämn fördelning av kostnaderna. Kostnaderna har exempelvis fördelats för IT-utbildning och för den externa utvärdering som genomförs av avtalet. I vissa fall har den ena parten tagit kostnaden för insatser. Det har exempelvis skett rörande kartläggning av informationsvägar som underlag för utveckling av IT-stödet till avtalet. Region Skåne finansierar denna kartläggning.

De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av det nya arbetssättet är svårbedömda. Enligt avtalet är parterna därför överens om att tillsammans noggrant följa det gemensamma utvecklingsarbetet och de ekonomiska konsekvenserna under avtalsperioden. Uppföljning och utvärdering av de ekonomiska konsekvenserna och det eventuella behovet av åtgärder ska behandlas av det centrala

samverkansorganet. Parterna har enligt avtalet påtagit sig att vidta de åtgärder som tydligt motiveras av den ekonomiska uppföljningen och utvärderingen.

I förarbetet till hälso- och sjukvårdsavtalet framgick att kommunerna hade en oro för ökade kostnader i anledning av avtalet. Vid de intervjuer som har genomförts i denna granskning bekräftas att denna oro kvarstår. Däremot framkommer också att kommunerna menar att det är för tidigt att bedöma vilken kostnadsutvecklingen blir och att merkostnaderna tillsvidare är begränsade. Mer konkret oro finns rörande den nya lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Kommunerna har i flera fall fått avsätta mer personal för vårdplanering/SIP<sup>3</sup>, administration med mera. Vissa kommuner har utökat sin verksamhet med team för Trygg Hemgång eller liknande arbetsmodeller. En samlad bild av kostnadsutvecklingen på kommunsidan saknas tillsvidare.

Företrädare för primärvården uttrycker att deras kostnader stigit. Kostnadsökningen är hänförlig till det utökade läkarstödet för mobila vårdteam, för vilket vårdcentralerna erhåller särskild ersättning inom ramen för ackrediteringsvillkoren för hälsoavtalet. Primärvården uppger även att de har ökade kostnader för att koordinera patienterna efter utskrivning och genomförande av SIP. Budgeten för hälsoavtalet har utökats för att finansiera insatserna inom ramen för mobilt vårdteam. Inga extra medel har tillskjutits till primärvården med anledning av de nya rutinerna för utskrivning från slutenvården.

### **3.4 Kommunernas insatser**

#### **3.4.1 Kommunernas åtgärder**

I detta avsnitt beskrivs kortfattat hur hälso- och sjukvårdsavtalet har hanterats i de tolv kommuner som medverkar i detta granskningsprojekt.

##### *Burlövs kommun*

Socialnämnden i Burlövs kommun fullgör kommunens ansvar inom socialtjänsten, LSS-verksamheten och kommunal hälso- och sjukvård. Nämnden svarar även för kommunens arbetsmarknadsåtgärder samt är ansvariga för hälso- och sjukvårdsavtalet.

Burlövs kommun arbetar sedan september 2014 med ett hemteam som består av sjuksköterskor, bi-ståndshandläggare, arbetsterapeut, sjukgymnast och undersköterskor. Målet med hemteamet är att utreda och planera insatserna i hemmet samt erbjuda en trygg och säker hemgång från sjukhus- och eventuell korttidsvistelse. Alla kallelser kommer till och hanteras via hemteamet som fysiskt åker till brukaren för planering i hemmet. En gång i veckan har läkare planerade besök på särskilt boende.

Samarbetet med primärvården i kommunen har förbättrats efter att lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trätt i kraft. Burlövs kommun är dock en av få kommuner i Skåne som i maj 2018 ännu, enligt vårdcentralernas registrering, inte hade några patienter inskrivna i mobila vårdteam.

##### *Höörs kommun*

Socialnämnden i Höörs kommun, som har det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvårdsavtalet, har delegerat det praktiska genomförandet till socialchefen. Lokala mål och strategier hade vid halvårsskiftet ännu inte formulerats.

Höörs kommun har sedan flera år ett hemtagningsteam. Alla, som kan, tas hem från sjukhuset dag ett. Dialogen med den enda vårdcentralen i kommunen uppges vara god. Vårdplanering, där både kommunen och primärvården ingår, sker vanligen på fasta tider i medborgarens hem eller via videosamtal. SIP används regelmässigt och genomförs vid en fast tidpunkt varje dag. Särskilda satsningar på SIP har gjorts och antalet SIP har ökat kraftigt i år. Cirka 80 personer är inskrivna i mobila vårdteam. Kommunen har noterat att antalet återinläggningar har minskat. I kommunen erbjuds vidare hemtjänst, tillsyn via kamera, trygghetslarm, boende, hjälpmedel och aktiviteter.

---

<sup>3</sup> Samordnad individuell plan (SIP)

### *Klippans kommun*

Ansvaret för själva sjukvårdsavtalet i Klippans kommun ligger hos socialnämnden och kommunstyrelsen som båda har tagit beslut om avtalet.

Det har bildats flera grupper lokalt som ska arbeta med samverkan. En grupp består av företrädare från Klippan, Hälsostaden, det privata vårdboendet samt två vårdcentraler i kommunen. En samverkansgrupp, som består av företrädare för kommunen och vårdcentralerna träffas vid två tillfällen per termin. Vid dessa träffar sker även en uppföljning av avtalet. En nybildad grupp ska arbeta med samverkan när det gäller de psykiatriska patienterna. Den består av företrädare för Region Skånes psykiatri, kommunens socialpsykiatri, MAS samt verksamhetschef.

Redan vid inskrivning sker numera en kartläggning av brukaren och dennes behov. Insatser ges utifrån individ till individ. Kommunen har inrättat en sjukskötersketjänst som arbetar med hemgångar. Sjuksköterska arbetar dygnet runt, vilket är en skyldighet enligt avtalet.

### *Lunds kommun*

Lunds kommun tillämpar en horisontell ledningsmodell som innebär att varje nivå i organisationen formulerar sina mål med visionen, fokusområdena och det egna basuppdraget som utgångspunkt. Vård- och omsorgsnämndens mål knyter an till hälso- och sjukvårdsavtalet. Genomförandet av avtalet inom tjänstemannaorganisationen sker i vård- och omsorgsförvaltningen.

Lunds kommun har fattat beslut om flera aktiva åtgärder för att implementera hälso- och sjukvårdsavtalet. Inventering av målgruppen gällande mobila vårdteam och pilotprojekt rörande dessa team är exempel på aktiviteter som genomförts. Två koordinatörer (50 procent tjänstgöring) har anställts i Lunds kommun för att samordna införandet av mobilt vårdteam inom samtliga verksamheter utifrån avtalet.

En planering av vilka kontakter och hur samverkan med primärvården som ska komma till stånd är framtagen. Planen är att en patient i veckan ska bli inskriven i ett hemvårdsområde och en vårdcentral. Under våren har även primärvården SUS anställt en koordinator som ska arbeta på liknande sätt som koordinatörerna med avtalet i kommunen.

### *Skurups kommun*

Genomförandet av hälso- och sjukvårdsavtalet inom tjänstemannaorganisationen i Skurups kommun sker inom individ- och omsorgsförvaltningen. Som en konsekvens av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har Skurups kommun haft stort fokus på förberedelser under 2017. Bland annat har hemteamet, som startades under 2016, under 2017 utökats med en tjänst för att ytterligare förstärka möjligheterna för den enskilde att återgå till hemmet efter sjukhusvistelse. Teamet som består av undersköterskor ansvarar för hemgång från sjukhus och omvårdnad i hemmet de första två veckorna i samverkan med övrig personal.

Hälso- och sjukvårdsavtalet beskrivs inte som någon dramatisk förändring eftersom Skurups kommun redan tidigare upplevt sig ha ett starkt läkarstöd för hemsjukvården i kommunal regi. Vidare finns i kommunen två utsedda SIP samordnare. Intervjupersonerna anser att den nya lagen om utskrivning inneburit en större förändring och krävt insatser i form av mer flexibel sjuksköterske-, fysioterapeut-, och arbetsterapeutbemanning än hälso- och sjukvårdsavtalet.

### *Svedala kommun*

Ansvarsfördelningen för genomförande av hälso- och sjukvårdsavtalet baseras i Svedala kommun på kommunens styrmodell, som innebär att aktuella mål och prioriteringar fastställs i budget. Dessa mål bryts ner och omsätts i konkreta åtgärder ner till enhetsnivå inom omsorgsverksamheten. Återrapportering sker till omsorgsnämnd, kommunstyrelse och kommunfullmäktige i termer av måluppfyllelse.

Socialnämnden har via socialchefen ansvar för det praktiska genomförandet av kommunens del i avtalet. Inom tjänstemannaorganisationen sker genomförandet inom omsorgsavdelningen. De verksamheter som framförallt är involverade är äldreomsorgen, socialpsykiatri och LSS<sup>4</sup>. De yrkeskategorier

---

<sup>4</sup> Lagen med särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade

som är närmast berörda av avtalet är socialchef, områdeschef, MAS, hälso- och sjukvårds- och rehabiliteringspersonal samt enhetschef.

Det praktiska arbetet med avtalet leds och delas av MAS och verksamhetschefen inom primärvården.

Socialtjänsten har sedan länge upparbetade kanaler och regelbundna möten med Trelleborgs sjukhus och de två vårdcentralerna i kommunen. Socialchef och MAS deltar i uppföljning av samverkan med vårdcentralerna. Sjuksköterskan på vårdcentralen och sjuksköterskan i kommunen som ansvarar för gruppen äldre personer har fortlöpande avstämning med varandra. Därutöver har MAS träffar med de två vårdcentralerna ett par gånger per termin.

#### *Tomelilla kommun*

Ansvar för genomförande av hälso- och sjukvårdsavtalet i Tomelilla kommun åvilar i enlighet med fastställt reglemente vård- och omsorgsnämnden. Genomförandet av hälso- och sjukvårdsavtalet inom tjänstemannaorganisationen sker inom vård- och omsorgsverksamheten.

Kommunen har inte utvecklat en uttalad implementeringsplan för hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om utskrivning av patienter från slutenvården. Flera aktiva åtgärder har vidtagits. Bland annat har en ny grupp som svarar för ”Trygg Hengång” tillskapats. Ett projekt genomförs för att i ökad utsträckning genomföra samordnad individuell planering (SIP) på distans via dator eller konferenstelefon.

Kommunen har ett intensivt och strukturerat samarbete med primärvården i kommunen. Per capita har kommunen flest inskrivna i mobilt vårdteam av alla kommuner i länet. Satsningen på Trygg Hengång har hittills medverkat till att avlasta den ordinarie hemtjänsten och korttidsverksamheten.

#### *Trelleborgs kommun*

Den övergripande styrningen av hälso- och sjukvårdsavtalet leds i Trelleborgs kommun av en politisk styrgrupp som beslutar om inriktning och mål inom ramen för detta avtal och en styrgrupp bestående av företrädare från respektive huvudman. För den operativa styrningen av avtalet ansvarar verksamhetschefen för socialförvaltningens hälso- och sjukvårds- och rehabiliteringspersonal tillsammans med chefen för socialförvaltningens myndighet för biståndsbedömning. Socialnämnden har via socialchefen ansvar för genomförandet av kommunens del i avtalet. Det praktiska arbetet med avtalet leds och delas av MAS och verksamhetschefen.

Genomförande av avtalet i tjänstemannaorganisationen sker inom omsorgsavdelningen. I Trelleborg är socialförvaltningens verksamhet indelad i tre avdelningar, som berörs av det nya avtalet: framförallt äldreomsorgen, men även LSS och individ- och familjeomsorgen.

Nio undersköterskor i kommunen ingår i ett nystartat hemstödsteam som bland annat har i uppdrag att utveckla ett nytt arbetssätt, som ska svara mot målgruppens behov. Detta sker i samverkan med vårdcentraler och sjukhus.

#### *Vellinge kommun*

Ansvarsfördelningen för genomförande av hälso- och sjukvårdsavtalet i Vellinge kommun baseras på kommunens styrmodell varvid aktuella mål och prioriteringar fastställs i budget. Åtterrapporing sker till omsorgsnämnd, kommunstyrelse och kommunfullmäktige i termer av måluppfyllelse. Genomförandet av avtalet inom tjänstemannaorganisationen sker inom omsorgsavdelningen.

Vellinge anger att kommunen redan före hälso- och sjukvårdsavtalet har haft team för Trygg Hengång och erhållit ett starkt läkarstöd för hemsjukvården i kommunal regi. Enligt vad som framkommit har ingen uttrycklig implementeringsplan eller motsvarande utarbetats för Vellinges del. Kommunen bedriver dock en aktiv verksamhet inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet liksom överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Vidare har en lokal överenskommelse om implementering av HS-avtalets utvecklingsdel tagits fram. Från kommunen uppges att den har sjuksköterskebemanning dygnet runt och redan idag har beredskap för att genomföra planerade hembesök inom två timmar. Den nya lagen om utskrivning har inneburit en större förändring än hälso-

och sjukvårdsavtalet och krävt insatser i form av utökad bemanning med biståndshandläggare och sjuksköterskor.

#### *Ystads kommun*

Ansvar för implementering och arbete enligt avtalet i Ystads kommun ligger inom socialnämnden och nämndens förvaltning social omsorg.

Det har inte fattats beslut om några mål eller strategier i kommunen kopplat till vårdavtalet och det har inte fattats några andra formella beslut med anledning av avtalet. En problematik ur kommunens perspektiv är att sättet att organisera arbetet blir avhängigt primärvården där det enligt kommunens företrädare inte finns någon tydlig motpart som kommunen kan samarbeta med.

Kommunen hade, redan innan avtalet trädde i kraft, personal i sin HSL-organisation som samarbetade med läkare från vårdcentralerna. Därmed har avtalet inte inneburit så stor förändring. Den stora förändringen för kommunen har snarare varit den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som hittills har påverkat mer än avtalet.

Kommunen har försökt att kartlägga det potentiella antalet berörda patienter. Det har försvårats av att det inte funnits någon fungerande dialog med primärvården och av svårigheter med läkarbemanningen. När det gäller mobila team fanns det något liknande redan före avtalet, då två vårdcentraler hade läkare som enbart arbetade med hemsjukvård. Kommunen har arbetat för att få igång en lokal samverkansgrupp där primärvården medverkar, men det har varit problematiskt att få in slutenvården.

#### *Åstorps kommun*

Socialnämnden i Åstorps kommun har det politiska ansvaret för hälso- och sjukvårdsavtalet. På tjänstemannanivå ligger ansvaret närmast hos socialchefen. I praktiken innebär det att arbetet är fördelat på MAS och områdeschef inom hälso- och sjukvårdsavdelningen. Så fort avtalet var beslutat påbörjades ett arbete och en dialog för att få fram ett lokalt samarbetsavtal. Strax innan sommaren 2017 var ett lokalt avtal framtaget. Det innebar att parterna gemensamt skulle arbeta och verka för att skapa en teamkänsla.

Arbetet bedöms ha blivit bättre sedan det nya avtalet började gälla. Täta möten har underlättat samsyn och en god dialog. Dokumentationen har förbättrats, både vad gäller läkemedelsgenomgångar och SIP. Antalet SIP har också ökat i antal.

Inom kommunen finns ett hemtagningsteam som förbereder allt arbete vid patientens hemgång.

#### *Örkelljunga kommun*

I Örkelljunga kommun ligger ansvaret för hälso- och sjukvårdsavtalet på socialnämnden. Verkställigheten sker vid socialförvaltningen via socialchefen. Det praktiska arbetet med avtalet leds av MAS samt verksamhetschef inom hälso- och sjukvården. Avtal har ingåtts med Hälsostadens mobila team för att kunna erbjuda svårt sjuka patienter hembesök dygnet runt och för att de i möjligaste mån ska kunna vara kvar i sin hemmiljö.

Innan dess genomfördes en riskanalys för att komma fram till förutsättningar, perspektiv och avgränsningar. (Citat) ”Det handlar om hur varje situation är”. Rutiner skapades med patientsäkerheten i fokus och samarbetet uppges fungera väl. I Örkelljunga finns därmed tre team. Två av dem hör till vårdcentralerna, Örkelljunga vårdcentral och Solljungahälsan. Samarbetet med vårdcentralerna uppges fungera väl tack vare en god dialog. Kontakter med vårdcentraler sker kontinuerligt genom en bestämd tid varje dag för uppdatering. En planeringssköterska koordinerar arbetet.

### **3.4.2 Bedömning av kommunernas insatser**

I de granskningsrapporter som sammanställts för de tolv kommuner som medverkat i granskningsprojektet återfinns slutsatser, bedömningar och förbättringsförslag för respektive kommun. Dessa återges i sin helhet i bilaga 2.

Den bild som framkommer i granskningsrapporterna pekar på att kommunernas erfarenheter i hög grad är de samma i åtminstone fyra<sup>5</sup> av de sex delregionerna i Skåne.

Det arbete som kommunerna bedriver har i de aktuella granskningsrapporterna bedömts vara i all huvudsak ändamålsenligt. I kommunerna har det tydliggjorts var ansvaret för fullföljande av hälso- och sjukvårdsavtalet återfinns både inom den politiska och i tjänstemannaorganisationen. Ansvariga personer är väl insatta i avtalet och alla kommuner medverkar aktivt i den samverkansstruktur som upprättas i anslutning till implementeringen av avtalet. Samverkan med Region Skåne från kommunernas sida sker både på lokal och delregional nivå.

Samtliga granskade kommuner har, om än i olika grad, anpassat sin organisation i enlighet med avtalets intentioner. I vissa fall har exempelvis särskilda team inrättats. Kommunerna har generellt sört för att ha *beredskap att genomföra oplanerade hembesök* av kommunalt anställda sjuksköterskor. Dessa besök förväntas ske i team med läkare från vårdcentralen. Flera kommuner har dock pekat på att den nya struktur som avtalet förutsätter, redan fanns på plats innan avtalet trädde i kraft. Kommunerna lyfter i många fall även fram att väl utarbetade samverkansrutiner med de vårdcentraler som verkar i den egna kommunen existerat sedan länge.

Gemensamt för kommunerna är också deras bedömning att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården har mer omfattande konsekvenser än hälso- och sjukvårdsavtalet. Det är en allmän uppfattning bland kommunföreträdarna att med den nya lagens införande tog processen ytterligare fart. Det är tydligt att många kommuner önskar se de båda samverkansområdena som en helhet. Normalt hanteras både utskrivning från slutenvården och de mobila vårdteamen inom samma personalgrupper och med samma vårdplaneringsinstrument, samordnad individuell plan (SIP), där det är relevant för patienten.

#### *Förbättringsbehov i kommunerna – målmedveten planering*

I granskningarna av de enskilda kommunerna har i flertalet fall identifierats behov av ett mer målinriktat och strategiskt arbete. Kommunerna saknar i många fall en dokumenterad implementeringsplan som anger kommunens konkreta mål och vilka insatser som bör utföras för att hälso- och sjukvårdsavtalets målsättningar ska uppnås.

Lunds kommun är delvis ett undantag. Under 2017 lät kommunen inventera målgruppen mest sjuka och vilka patienter som kommer att erbjudas att anslutas till den nya vårdformen mobilt vårdteam. I syfte att utarbeta och testa fungerande samarbetsformer för den nya vårdformen mobila vårdteam, fattades i november 2017 ett beslut om ett gemensamt pilotprojekt för mobilt vårdteam mellan Lunds kommun och Primärvården SUS i Lund.

Kommunen har under 2018 anställt två koordinatörer (på vardera 50 procent) som arbetar med implementeringen av avtalet. En planering av vilka kontakter och samverkan med primärvården som ska komma till stånd finns framtagen. Planen är vidare att en patient i veckan ska bli inskriven i ett hemvårdsområde och vårdcentral. Under våren har även primärvården SUS anställt en koordinator som ska arbeta på liknande sätt med avtalet som koordinatörerna i kommunen. Intervjupersonerna menar att i ett längre tidsperspektiv är det önskvärt att koppla tillämpningen av inskrivning av mobila vårdteam till utskrivningsskeendet från sjukhuset. I dagsläget sker dock implementeringen av avtalet och inskrivningen av patienter till mobila vårdteam genom kontakt med vårdcentralerna och utifrån behoven på boenden i kommunen.

Vår bedömning är att en mer strukturerad planering med konkreta målsättningar som baseras på befolkningens behov allmänt är önskvärd. I avsaknad av en sådan planering finns en risk att insatserna blir reaktiva och att viktiga kompetenser eventuellt kan saknas. En sådan planering som bör ske gemensamt mellan kommunen och Region Skånes lokala verksamheter kan också förbättra möjligheterna för uppföljning, utvärdering och lärande för att förstärka vården för de aktuella patienterna.

---

<sup>5</sup> Mellersta, Nordväst, Sydost och Sydväst. Kommuner från övriga delregioner har inte medverkat i granskningen.



Flera kommuner har efterfrågat och sett behov av ytterligare stöd och utbildningsinsatser från regionens sida. Områden som nämns är exempelvis SIP och effektivare vårdplanering. Flera kommuner har påtalat vikten av att kompetensförstärkningen bör utgå från de lokala förhållandena och behoven. Rätt och strukturerat genomfört ger den lokala samverkan kring patienten mellan Region Skånes och kommunens personal goda förutsättningar för ömsesidig kompetensförstärkning.

#### *Förbättringsbehov i kommunerna – data och uppföljning*

I granskningarna har även uppmärksammats att det saknas tillräckliga data från kommunerna och att det finns ett behov att utveckla uppföljningen av kommunernas insatser inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet. Bristen på data återverkar även på möjligheterna att gemensamt på regional nivå utvärdera effekterna för patienter och samhällsekonomiskt. Många kommuner ger även uttryck för att de räknar med kostnadshöjningar i anledning av HS-avtalet och utskrivning från slutenvården. Få kommuner har planerat för åtgärder för att undersöka den faktiska kostnadsutvecklingen.

#### *Förbättringsbehov i kommunerna – medborgar- och patientinformation*

Några kommuner samt brukarorganisationer påtalar behovet av rätt och mer allsidig information om avtalet till medborgarna. För kommunernas del handlar det om trovärdighet mot invånarna att inte lova mer än vad de kan erbjuda med tanke på att avtalet ännu inte är implementerat fullt ut. Mobila team erbjuds till exempel inte till alla. Vad beträffar brukarorganisationer menar dessa att information behöver ges på fler ställen än på kommunens hemsida framförallt för att alla äldre personer inte har tillgång till dator.

### **3.5 Region Skånes insatser**

#### **3.5.1 Region Skånes åtgärder**

Av Region Skånes styrdokument framgår, bland annat i budgeten för 2018 att hälso- och sjukvårdsavtalets fortsatta utveckling ska prioriteras.

#### *Mobila vårdteam*

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslöt i augusti 2016 om modell för läkarstöd till kommunal hälso- och sjukvård. Modellen innebär att läkarstödet till hemsjukvård organiseras inom ramen för Hälsoval Skåne. Målsättningarna i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet uppnås genom införande av krav på medverkan i *mobilt vårdteam*. Hälso- och sjukvårdsnämnden har även inom ramen för ackrediteringsvillkoren beslutat om ändrade krav på vårdcentralerna vad gäller samverkan vid utskrivning från slutenvård.

Enligt ackrediteringsvillkoren ska vårdcentralernas läkare tillsammans med kommunens sjuksköterska utgöra *mobilt vårdteam* som ger inskrivna personer ett utökat omhändertagande eller göra punktinsatser till tidvis sviktande personer.

Målet med mobilt vårdteam är att patienten så långt det är möjligt ska vara kvar i sin hemmiljö och få vård och hjälp där, för att minska undvikbar sjukhusvård. Primära målgrupper för mobilt vårdteam är de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård eller de som har tillfälligt behov av en högre omhändertagandenivå för att minska undvikbar sjukhusvård. Mobilt vårdteam ska erbjuda patienten:

- fast läkarkontakt som arbetar i team med sjuksköterska från kommunen
- SIP som tas fram i samverkan med patient, kommun, eventuellt anhöriga och andra samverkande aktörer
- hembesök vid behov. Vid fullt utbyggd modell (år 2020) inom 2 timmar.
- direktinläggning på sjukhus vid behov

Patient och/eller ombud ska samtycka till inskrivning i mobilt vårdteam. Inskrivningen ska vara ett gemensamt beslut och genomföras tillsammans mellan kommun och vårdgivare inom Hälsoval Skåne. Inskrivning och planering dokumenteras genom en SIP. Enligt gällande regler ska fyra av sex

fastställda kriterier<sup>6</sup> vara uppfyllda inför inskrivning. SIP ska tillsammans med kommunen alltid ha gjorts innan patienten kan skrivas in till mobilt vårdteam.

Separata ersättningar utgår till vårdcentralerna för insatser inom ramen för mobila vårdteam. Dessa är bland annat ersättning för inskrivning, SIP och hembesök.

#### *Akuta hembesök av läkare*

Det nya uppdraget till vårdcentralerna har kompletterats genom en upphandling av läkarbilar. Uppdraget utförs av en privat entreprenör. Det omfattar befolkningen i hela Skåne, dygnet runt, alla dagar om året, undantaget patienter inskrivna i mobilt vårdteam utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet mellan klockan 08 - 18.

Prioriterade patientgrupper för hembesök av läkare är äldre, multisjuka samt barn som är sjuka och samtidigt har omständigheter som bidrar till behov av hembesök.

#### *Akutsjukhusen*

Enligt vad som framkommit i granskningen har tillsvidare få krav ställts på akutsjukhusen i anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet. Ett undantag är att sjukhusen är skyldiga att bereda möjligheter för direktinläggningar av de patienter som är inskrivna i mobilt vårdteam.

#### *ASIH*

ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) gör hembesök både till inskrivna och icke inskrivna i mobilt vårdteam i form av punktinsatser. ASIH har inte, enligt vad som framkommit i granskningen, erhållit särskilda direktiv i anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet.

#### *Nära vården*

I januari 2018 beslöt hälso- och sjukvårdsnämnden om inriktningen inom och utvecklingen av den *Nära vården* i Region Skåne. Den Nära vården tar sin utgångspunkt i en förändrad behovsbild som ställer krav på nya lösningar inom hälso- och sjukvården. Därför behövs enligt hälso- och sjukvårdsnämnden en utveckling av den Nära vården i enlighet med det hälso- och sjukvårdsavtal som är tecknat med Skånes kommuner.

Projektets övergripande mål är att åstadkomma ett mer samlat system för den nära vården. Projektet inbegriper samtliga enheter i vårdkedjan både inom primärvård och inom slutenvård inklusive de som idag gör hembesök till målgruppen samt kommunerna. Det ska underlätta (citater) ”*en övergång från en något splittrad mångfald av aktiviteter och initiativ för målgruppen till en mera samlad modell för den nära vården för de mest sjuka. Det innebär att hemsjukvård, primärvård och sjukhus samverkar runt de mest sjuka för att öka trygghet, kontinuitet, samordning och välbefinnande.*”<sup>7</sup>

Från Region Skånes sida finns även ambitionen att utveckla konceptet ”*Vård utanför sjukhuset*”. Det föreligger enligt vad som framkommit ett gemensamt uppdragsförslag för kommunerna och Region Skåne med denna inriktning.

### **3.5.2 Bedömning av Region Skånes insatser**

I granskningsrapporten avseende Region Skåne görs bedömning att Region Skåne i huvudsak bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med att stödja kommunerna vid implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet för att skapa förutsättningar för att uppnå de mål och syften som anges i avtalets avsiktsförklaring.

Vidare görs bedömningen att Region Skåne i samverkan med kommunerna har medverkat i att skapa en samarbetsorganisation som ger ansvariga politiska organ god insyn och kontroll över förverkligandet av hälso- och sjukvårdsavtalet. För att Region Skåne ska kunna stå för sin del av åtagandena i

---

<sup>6</sup> De sex kriterierna är: tre eller fler kroniska diagnoser, inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste 12 månaderna, sex eller fler stående läkemedel/mediciner (exklusive ögondroppar, salvor eller motsvarande), patienten klarar inte den personliga omvårdnaden, 75 år eller äldre och erhåller hemsjukvård.

<sup>7</sup> Projektdirektiv, Utveckling av den nära vården i Region Skåne, Regiondirektörens beslut 2017-08-16

avtalet bedömer vi att det behöver göras en grundläggande översyn av primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter. En sådan översyn behöver inbegripa även akutsjukhusens och annan specialistvårds funktion och roll.

Vårdformen mobilt vårdteam ska enligt beslutade målsättningar och villkor vara färdigutvecklad och implementerad till och med år 2020. Reformen möter betydande implementeringsproblem utifrån primärvårdens brist på personal och olika förutsättningar i kommunerna. Risker finns för att Region Skåne inte kommer att kunna leva upp till sina åtaganden, varken gentemot kommunerna eller de berörda patienterna.

I granskningen konstaterades vidare att ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukvårdsnämnderna var otydlig. Fördelningen av ansvar, roller och mandat mellan nämnderna och mellan koncern och förvaltningar bör klargöras för ett mer effektivt förverkligande av avtalet. Framst på delregional nivå finns brister eftersom de delregionala organen inte fullt ut representerar Region Skånes hälso- och sjukvårdsorganisation. Detta försvårar eller fördröjer hantering av uppkomna frågeställningar.

#### *Förbättringsbehov i Region Skåne*

I granskningen av Region Skåne lämnades bland annat som förslag att Region Skåne bör tydliggöra slutenvårds- och specialistvårdens strategiska roll i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet och samverkan vid utskrivning från slutenvården. Region Skåne bör vidare se arbetet med genomförandet av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården som en helhet och samordna insatser för att stödja en önskvärd utveckling inom dessa områden.

Region Skåne bör även i samverkan med kommunerna ta initiativ till åtgärder som tryggar tillgång till data som kan ligga till grund för analyser av hälso- och sjukvårdsavtalets effekter för patienterna och för parternas verksamhet och ekonomi. Region Skåne bör också komplettera nuvarande planerad uppföljning med informationsinsamling utifrån den konkreta samverkan som sker på lokal nivå.

Bedömningar och förbättringsförslag avseende Region Skåne återges i sin helhet i bilaga 2.

## **3.6 Uppföljning och effekter**

### **3.6.1 Uppföljningsinsatser**

#### *Gemensam uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet*

Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet ska det ske en gemensam uppföljning och utvärdering av avtalets måluppfyllelse och utvecklingsresultat. En uppföljningsplan ska fastställas av centralt samverkansorgan inför varje verksamhetsår.

Inför 2018 har parterna enats om att med stöd av extern utvärderare med koppling till Lunds universitet följa och utvärdera avtalet. Uppföljningen kommer att ske i tre delar:

1. Uppföljning av teambaserad vårdforms etablering och funktion (publicerad)
2. Hälso- och sjukvårdsavtalets kostnadsutveckling (publiceras 2019)
3. Effekter av den teambaserad vårdformens etablering och funktion (publiceras 2020).

Av uppföljningsplanen framgår att parterna bedömer att det finns en avsevärd problematik att få fram den data som erfordras. Det ställer stora krav på både Region Skåne och kommunerna. Det beskrivs som en stor brist att det saknas gemensamma uppföljningssystem för att följa effekterna av satsningarna på individnivå. En svårighet som nämns är även att avgränsa effekter av hälso- och sjukvårdsavtalet från övrigt förändrings- och utvecklingsarbete.

#### *Uppföljning av avtalets efterlevnad i respektive kommun?*

Region Skåne följer månadsvis hur antalet inskrivna i mobilt vårdteam och antal SIP utvecklas för varje vårdcentral. Statistiken redovisas även kommunvis. Källan för denna information är

faktureringsunderlagen inom Hälsovalet. Återkoppling av insamlade data sker inom ramen för samverkansorganisationen samt i Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd och sjukvårdsnämnder.

Ingen annan central uppföljning av kommunernas insatser inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet sker från Region Skånes sida, enligt vad som framkommit i granskningen.

Den, enligt många intervjupersoner, viktigaste uppföljningen av efterlevnaden av avtalet i respektive kommun sker inom ramen för den samverkan som organiseras lokalt.

#### *Region Skånes egna uppföljningsinsatser*

De mest konkreta delarna av hälso- och sjukvårdsavtalet – mobilt vårdteam – är kopplade till ackrediteringsvillkoren för vårdcentralerna. Region Skåne genomför därför en månadsvis uppföljning på basis av inrapporterade uppgifter från vårdcentralerna. Insatserna utgör i flera fall underlag för särskilda ersättningar.

I granskningen har det framgått att statistik från denna uppföljning (antal individer som är inskrivna i mobilt vårdteam, antal genomförda SIP och antal hembesök) kontinuerligt rapporteras muntligt till hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukvårdsnämnderna samt i samverkansorganisation kring avtalet.

### **3.6.2 Effekter av hälso- och sjukvårdsavtalet**

Flertalet intervjupersoner menar att målen med hälso- och sjukvårdsavtalet är tydliga och kända. Samtidigt påpekas att avtalet tillkom med fokus på att nå fram till ett avtal där det var centralt att bygga upp en förtroendefull relation till kommunerna. Arbetet med avtalet uppges ha tagit flera år. Avtalet beskrivs inte som optimalt ur Region Skånes perspektiv, exempelvis vad gäller att utveckla vården utanför akutsjukhusen, men (citater) ”*det var så långt man kunde komma då*”.

Det finns en stor uppslutning bakom den centrala tanken i avtalet att det är viktigt att patienterna känner en ökad trygghet när de vistas i sina egna hem. Intervjupersonerna pekar vidare på att det är positivt att kunna ge ett bättre omhändertagande till de mest svårt sjuka i hemmet. För den enskilda patienten handlar det om att kunna ge en mer patientcenterad vård och ett värdigt omhändertagande. (Citater) ”*Vi hoppas att vi inte behöver se äldre människor åka ut och in – behöver man sjukhusets resurser, så visst, men våra äldre bör få en värdig sjukvård*”.

I den externa uppföljning av avtalet beskrivs i rapporten ”Uppföljning av teambaserad vårdforms etablering och funktion” att den vårdpersonal som har erfarenhet av att arbeta i vårdformen anser att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten. Vårdformen leder även till att det görs fler och mer ändamålsenliga SIP-ar. Om etablering av mobila vårdteam konstaterar rapporten att det finns en stor variation i vilken utsträckning som vårdformen är etablerad i såväl kommuner och primärvård. Vårdformen är etablerad i någon utsträckning vid hälften av Region Skånes vårdcentraler och i hälften av Skånes kommuner. En geografisk koncentration finns i sydöstra hörnet av Skåne (kommunerna Ystad, Tomelilla och Simrishamn) vad gäller antal inskrivna. Enligt författarna indikerar data om etablering av vårdformen en bristande samsyn mellan primärvård och kommuner<sup>8</sup>.

I granskningarna har det framgått att det tillsvidare inte föreligger några data som kan beskriva vilka effekter hälso- och sjukvårdsavtalet har vad gäller patienterna som kan härledas till den nya samverkan. Det samma gäller samhällsekonomiska effekter och de besparingar som ställts i utsikt.

---

<sup>8</sup> Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt ”Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam” Delrapport år 1 Version 2018-04-16 Anna Häger Glenngård och Anders Anell KEFU, Ekonomihögskolan, Lunds Universitet.

## 3.7 Omdömen om hälso- och sjukvårdsavtalet

### 3.7.1 Om samverkansorganisationen

Av genomförda intervjuer framkommer att det finns en allmän uppfattning både bland Region Skånes och bland kommunernas företrädare att den gemensamma organisationen fyller ett viktigt syfte både på central och delregional nivå. Arbetet i de olika grupperingarna beskrivs som levande med informationsutbyte och kontinuerlig hantering av uppkomna frågeställningar och problematik. Företrädare i organen uppges ha ett tillräckligt mandat. Modellen som innebär att Region Skåne företräds av personer från samtliga partier som är representerade i hälso- och sjukvårdsnämnden uppges skapa ett öppet och konstruktivt klimat. (Citat) ”Den största styrkan med avtalet är att det finns och att vi etablerat samverkan på alla nivåer”.

Från flera av de kommuner som medverkar i granskningen framförs kritik mot att rätt parter från Region Skånes sida inte alltid finns representerade i de delregionala samarbetsorganen. Ibland bottnar problematiken i att exempelvis psykiatri och ASIH tillhör en enda av de tre sjukvårdsförvaltningarna och därför har svårt att medverka i alla sex delregionala samarbeten. När det gäller upphandlad verksamhet såsom vårdcentraler som drivs i privat regi är det hälso- och sjukvårdsnämnden, inte sjukvårdsnämnderna, som är motpart och uppdragsgivare. Hälso- och sjukvårdsnämnden är inte representerad i de delregionala organen, vilket flera kommuner har påtalat som en brist. Många kommuner har även påtalat att företrädare för akutsjukhusen i högre utsträckning bör delta i samarbetet.

### 3.7.2 Om mobilt vårdteam

En betydande problematik återfinns i den personalbrist som råder inom primärvården. Denna gäller inte endast läkare utan även i allt högre grad sjuksköterskor. Detta medför, enligt ett flertal av de personer som intervjuats i granskningen både från Region Skåne och kommunerna, betydande svårigheter att leva upp till hälso- och sjukvårdsavtalet och dess intentioner. Intervjupersoner från Region Skåne lyfter att även kommunerna kan ha svårt att möta upp med personal för gemensamt hembesök. Det senare är dock en bild som inte delas av alla kommuner, även om det förekommer fall med låg tillgänglighet på sjuksköterskesidan.

Vissa intervjuade personer ser även problem med vårdcentralernas styrsystem och dess effekter för förverkligandet av hälso- och sjukvårdsavtalet. De menar att styr- och ersättningsmodellen gynnar en specifik åtgärd men inte kvaliteten utifrån patientens förutsättningar. Fler intervjuade är även inne på att vårdcentralerna i högre grad borde samverka kring sina åtaganden i hemsjukvården. En effektiv hemsjukvård är inte endast en resursfråga utan även en kompetensfråga. (Citat) ”Alla läkare har inte tillräcklig erfarenhet och kompetens att vårda patienten i sitt eget hem”. Ytterligare en iakttagelse är att de mobila vårdteamen har en inbyggd svaghet vad gäller personalkontinuitet. Intervjupersonerna erfar att det är svårt att upprätthålla en smidig samverkan i praktiken om team-medlemmarna varierar från tillfälle till tillfälle.

Intervjuade kommunala företrädare riktar kritik mot att patienter med psykisk ohälsa inte hanteras på ett enhetligt sätt jämfört med de somatiska patienterna. De lyfter fram att många av de berörda patienterna har flersjuklighet med både somatiska och psykiatriska sjukdomar, men att ett adekvat läkarstöd för sådana patienter saknas. Intervjupersoner från Region Skåne menar att det i avtalet är tydligt att patienterna med psykiatriska sjukdomar ingår i målgruppen för mobilt vårdteam. Däremot har rutinerna för denna målgrupp ännu inte stabiliserats.

### 3.7.3 Om utskrivning från slutenvården

Lagförslaget om samverkan vid utskrivning från slutenvården offentliggjordes efter att Region Skåne och kommunerna fastställt hälso- och sjukvårdsavtalet. Bland intervjupersonerna finns delade meningar om hur hälso- och sjukvårdsavtalet påverkats av den nya lagen. Vissa menar att det har försenat implementeringen av avtalet och skapat konfliktdimensioner mellan kommunerna och Region Skåne. Andra menar att den nya utskrivningsprocessen har katalyserat genomförandet av avtalet framförallt genom att den har förtydligat primärvårdens ansvar och satt fokus på SIP.

Av de intervjuer som har genomförts i granskningen framkommer att aktörerna på lokal nivå – kommunerna och vårdcentralerna – i princip inte gör någon åtskillnad mellan hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Handläggning sker normalt i samma organisation. Detta uppges avspeglas även i de lokala forum som existerar.

I granskningen har det framgått att kommunerna riktar kraftig kritik mot sjukhusens handläggning av utskrivningar. Den anses av många kommuner ha försämrats jämfört med tidigare ordning, med exempelvis otydligare kontaktvägar. Från kommunernas sida anses också att det uppstår ett glapp i informationsöverföringen vid utskrivning särskilt när SIP ska genomföras i patientens hem.

Utskrivningsprocessen handläggs genom ett IT-stöd ”Mina planer”. Systemet ådrar sig stark kritik både från vårdcentralerna och kommunerna. Det finns uppgifter om att varje vårdcentral får avsätta en halv till en heltidstjänst för att planera utskrivningar och *SIP:ar*. Även mindre kommuner har behövt tilldela en heltidstjänst eller mer för att hantera och planera SIP och övrig administration i anslutning till utskrivningsprocessen. Kritiken är känd i den centrala samverkansorganisationen som har fattat beslut om att kartlägga alla informationsvägar inom samverkan kring hälso- och sjukvårdsavtalets patienter inför utveckling av de aktuella stödsystemen.

En särskild överenskommelse rörande psykiatrin ska träda ikraft vid årsskiftet 2018/2019. Parterna har uttryckt olika vilja i denna fråga. Arbetet med denna överenskommelse pågår.

### **3.8 Brukarorganisationerna**

De representanter för brukarorganisationerna som intervjuats anser att grundtanken med sammanhål- len vård är god. Samverkan mellan Region Skåne och kommunerna beskrivs som viktig, men de hän- visar till flera exempel på att samspelet mellan de berörda aktörerna är trögt. (Citat): "Det är viktigt att det finns respekt mellan aktörernas olika ansvarsområden". En erfarenhet är att dialogen fungerar olika väl i regionen. Exempelvis uppges det vara mycket trögt i nordväst och sydväst medan kommunikation- en är bättre i nordost och sydost. Intervjupersonerna framhåller att det inte ska finnas några skillna- der som beror på var patienten bor i Skåne.

#### *Information till medborgarna*

Ett viktigt område som inte fungerar helt tillfredsställande är informationen till medborgarna. Det räcker inte med att information om avtalet finns på hemsidan. Många äldre som inte kan använda en dator går då minste om möjligheten att få information. Därför bör information tillgängliggöras på andra sätt, exempelvis på biblioteken. Medborgaren/patienten ska veta var och till vem man kan vända sig till.

#### *Helhetssyn på patienter*

Mobila vårdteam och läkarmedverkan är bra, enligt de intervjuade brukarföreträdarna. (Citat): Kom- mer man dithän är det förnämligt men det är lång väg att gå och det gäller även kompetensen hos lä- kare. Detta måste bli bättre, anser intervjupersonerna.

#### *Utskrivning från sjukhusen*

Brukarorganisationerna får signaler om att slutenvården skriver ut patienter mycket snabbare idag än tidigare och menar att det inte alltid är rätt. De anser att om vården ska bedrivas i hemmet - vilket upp- ges vara bra - är det viktigt att alla yrkeskategorier finns på plats. En sådan yrkesgrupp som omnämns är arbetsterapeuter. Där finns brister i kommunerna och när det är stor personalomsättning leder det till sämre kontinuitet.

#### *Sammanfattande bild*

Brukarorganisationerna understryker vikten av att inte ha för bråttom och att det är viktigt att parterna lyssnar på varandra.

Organisationerna vill även se att informationsflödet förbättras, bland annat kan det ske genom att ta med pensionärsråden i arbetet. Organisationerna har kanaler som innebär att de når till många pension- ärer i hela Skåne genom sina förgrenade kontakter.

## 4 Sammanfattande analys

Syftet med hälso- och sjukvårdsavtalet är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet. Målgruppen för utvecklingsdelen av avtalet är de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård, Gruppen utgörs av personer som har omfattande varaktiga eller temporära nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av skada, sjukdom eller åldrande samt personer med hög risk att utveckla sådana allvarliga funktionsnedsättningar.

Tillkomsten av hälso- och sjukvårdsavtalet har enligt intervjupersonerna underlättat och förbättrat samverkan kring målgruppen - inte minst vid jämförelse med resultaten från den granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter som genomfördes 2016. Organisation, ansvarsområden, ansvarsfördelning och roller både i regionen och kommunerna har förtydligats och uppges ha lett till förbättring av det gemensamma uppdraget kring målgruppen.

I granskningarna har samtidigt uppmärksamats ett antal risker som är viktiga för både kommunerna och Region Skåne att hantera.

Vårdformen mobilt vårdteam ska enligt beslutade målsättningar och villkor vara färdigutvecklad och implementerad till och med år 2020. Vår iakttagelse är att reformen möter betydande implementeringsproblem utifrån primärvårdens brist på personal och olika förutsättningar i kommunerna. Risker finns att Region Skåne inte kommer att kunna leva upp till sina åtagande varken gentemot kommunerna och de berörda patienterna som skrivs in i mobilt vårdteam.

Vi bedömer vidare att slut- och specialistvårdens strategiska roll i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet bör tydliggöras. För aktörerna på lokal nivå finns en stark koppling mellan hälso- och sjukvårdsavtalet och den överenskommelse som slutits om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Vår bedömning är det vore fruktbart att se dessa bägge regelverk som en helhet och att insatser för att stödja en önskvärd utveckling inom dessa områden samordnas.

En strukturerad och gemensam uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet genomförs. Den ska enligt intentionerna omfatta process, funktion, resultat och ekonomiska konsekvenser. Kompletterande uppföljning bör enligt vår bedömning ske utifrån den konkreta samverkan som sker på lokal nivå. Uppföljningen bör omfatta både hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

I granskningarna har det framgått att det finns ett förtroendeglapp mellan parterna. Det är därför angeläget att stärka förtroendet mellan parterna. Detta är viktigt både för att lösa uppkomna tolkningsfrågor och för att i samverkan utveckla hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner.

Följande utvecklingsområden såväl inom som mellan respektive huvudman har identifierats:

- Parterna bör gemensamt verka föra att på lokal nivå få fram planer och strategier för implementering av hälso- och sjukvårdsavtalet. Planer bör utgå från befolkningens och målgruppens konkreta behov och ligga till grund för målinriktade aktiviteter gentemot patienterna, kompetensförstärkning för personalen och utvärderingen för ett gemensamt lärande.
- Parterna bör på delregional nivå tillskapa resurser som kan stödja implementeringsprocessen på lokal nivå.
- Parterna bör gemensamt utifrån de behov som finns lokalt genomföra erforderliga utbildningsinsatser.
- Parterna bör fortlöpande, ömsesidigt och lokalt, öka kunskapen om respektive huvudmans förutsättningar och åtaganden för att minska ”irritation om den andres verksamhet” i en pressad arbets-situation
- Parterna bör snabbt komma till rätta med de brister som finns i nuvarande stödsystem för utskrivning och vårdplanering.

- Kommunerna bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.
- Region Skåne bör se över primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter.
- Region Skåne bör se arbetet med genomförandet av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården som en helhet och insatser för att stödja en önskvärd utveckling inom dessa områden bör samordnas samt inkludera sluten- och specialistvården.



## Bilaga 1. Kort om avtalen

### **Hälso- och sjukvårdsavtalet**

Det nya avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne trädde i kraft 1 september 2016<sup>9</sup>. Samarbetet har senare kompletterats med ”Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård”. Denna överenskommelse är daterad 2017-11-24. Den senare överenskommelsen har tillkommit med hänsyn till den lagändring som trädde i kraft 1 januari 2018 rörande utskrivning från slutenvården<sup>10</sup>.

#### *Allmänt om avtalet*

Syftet med hälso- och sjukvårdsavtalet är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet. Avtalet innebär, förutom grundöverenskommelsen, ett gemensamt utvecklingsåtagande med syftet att höja kvaliteten för den enskilde samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Detta utvecklingsåtagande ska stödja den utveckling där en ökande del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljö. I hälso- och sjukvårdsavtalet betonas att avtalet förväntas ge bättre möjligheter att möta det ökade vårdbehov som följer av den demografiska utvecklingen.

Avtalet består av ett grundavtal, en utvecklingsplan samt hur samverkan ska organiseras och kostnader fördelas.

#### *Grundavtal*

Grundavtalet reglerar bland annat följande:

- Kommunernas respektive Region Skånes åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar
- Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
- Gemensam vårdplanering
- Rehabilitering och habilitering
- Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning
- Hjälpmedel samt kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar
- Palliativ vård – Vård i livets slutskede

#### *Utvecklingsplan*

I utvecklingsplanen fokuseras följande områden:

- Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka
- Utveckling av insatser och samverkansformer för tidvis sviktande
- Utveckling av arbetssätt och proaktivt stöd till riskgrupper
- Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning

### **Utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**

Från årsskiftet 2017/2018 gäller en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Denna lag ersätter den tidigare betalningsansvarslagen. Lagen har som syfte att främja ett både säkrare och snabbare patientflöde. Den nya lagen tydliggör samtidigt ett antal krav som huvudmännen ska leva upp till. Bland annat ska en fast vårdkontakt för patienten utses i den öppna vården. En samordnad individuell planering ska genomföras för patienter som efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun. Detta kommer normalt att inkludera medverkan från primärvård

---

<sup>9</sup> Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne, 2016-01-19, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne.

<sup>10</sup> (Lag [2017:612] om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård).

eller annan regionfinansierad öppen vård. Om dessa åtgärder fallerar inträffar inte kommunens betalningsansvar.

En överenskommelse har träffats mellan Region Skåne och kommunerna av tillämpning av den nya lagen för somatisk hälso- och sjukvård. Överenskommelsen gäller under perioden april 2018 till och med mars 2019. Enligt överenskommelsen inträffar kommunernas betalningsansvar när det genomsnittliga antalet dagar utskrivningsklara i slutenvård överskrider 2,80 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad.

Den gemensamma målsättningen för Region Skåne och kommunerna är att en patient, när alla relevanta parter samverkat och tagit sitt ansvar för planering och överlämnande av nödvändig information, skrivs hem samma dag som patienten är utskrivningsklar oavsett vilken boendeform patienten har eller behöver. Patienter ska vara på sjukhus endast när de behöver det av medicinska skäl. Detta innebär att undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar ska minska samt att antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar ska vara noll år 2021.

En separat överenskommelse som börjar gälla efter 2018-12-31 ska träffas om utskrivning från slutenvård psykiatrisk hälso- och sjukvård.

## Bilaga 2: Tidigare bedömningar och förbättringsförslag

Nedan återges övergripande bedömningar och förbättringsförslag för Region Skåne och samtliga kommuner som medverkat i granskningen av hälso- och sjukvårdsavtalet.

### **Burlövs kommun**

Samlad bedömning avseende om Burlövs kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att kommunen kan förbättra kontrollen över den verksamhet som bedrivs för att nå uppsatta mål avseende hälso- och sjukvårdsavtalet. Det arbete som bedrivs i kommunen har potential att bli mer aktivt och ändamålsenligt genom samarbete med vårdcentralen i Arlov.

Granskningen av Burlövs kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Burlövs kommun bör sammanställa sina insatser i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet och till samverkan vid utskrivning från slutenvården i en implementeringsplan som utgår från befolkningens behov och beskriver kommunens insatser för att implementera avtalet.
- Burlövs kommun bör i samverkan med primärvården planera implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet och ta fram en samsyn kring dess innebörd – både på praktisk och strategisk nivå. Möjligheterna till konkretisering av läkarstödet bör diskuteras tillsammans med regionen.
- Burlövs kommun bör i samverkan med Regionen öka samsynen kring innebörden av SIP och effektiviteten i vårdplaneringar med flera parter där alla berörda inkluderas.
- Burlövs kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.

### **Höörs kommun**

Samlad bedömning avseende om Höörs kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att de ansvariga politiska organen i kommunen har god kontroll över den verksamhet som bedrivs för att nå uppsatta mål i avseende hälso- och sjukvårdsavtalet. Det arbete som bedrivs i kommunen är aktivt och ändamålsenligt och skulle enligt vår bedömning, ytterligare kunna stärkas med stöd av en samlad plan tillsammans med regionen för det fortsatta implementeringsarbetet.

Granskningen av Höörs kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Höörs kommun bör sammanställa sina insatser i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet och till samverkan vid utskrivning från slutenvården i en implementeringsplan som utgår från befolkningens behov och beskriver kommunens insatser för att implementera avtalet.
- Höörs kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet inför uppföljning av effekter för patienterna samt de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna.
- Höörs kommun bör inom ramen för samverkansorganisationen verka för att stöd- och utbildningsinsatser genomförs av regionen till anställda i hälso- och sjukvårdens och omsorgens första linje.
- Höörs kommun bör inom ramen för samverkansorganisationen tillhandahålla lättillgänglig information till medborgarna där syftet och den praktiska tillämpningen med avtalet presenteras.

### **Klippans kommun**

Samlad bedömning avseende om Klippans kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att kommunen bedriver ett ändamålsenligt arbete. Det finns en systematik i arbetet vad gäller struktur, tid för SIP och organiserade

hemtagningsteam. Nya arbetssätt har påbörjats och uppföljning av lokalt samarbetsavtal sker. Det finns dock ett antal områden som ännu inte är helt utvecklade eller implementerade som till exempel mål och strategier, kompetensutveckling från Region Skåne angående svårt sjuka, läkarstöd samt ett teambaserat arbetssätt på en av de två vårdcentralerna. Arbetet som bedrivs i kommunen är aktivt men skulle enligt vår bedömning kunna stärkas ytterligare med stöd av en samlad plan för implementeringsarbetet.

Granskningen av Klippans kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Klippans kommun bör bidra med informationsinsamling utifrån sin konkreta samverkan som sker på lokal nivå till den planerade uppföljning som sker av sjukvårdsavtalet.
- Klippans kommun bör ta beslut om en plan för mål och strategi för det kommunala arbetet.
- Klippans kommun bör tillsammans med Region Skåne fokusera på ett ökat stöd och utbildning i vardagen så att kommunens personal i enlighet med avtalets intensioner kan vårda svårt sjuka i hemmiljö.
- Klippans kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.

### **Lunds kommun**

Samlad bedömning avseende om Lunds kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att de ansvariga politiska organen i kommunen har god kontroll över den verksamhet som bedrivs för att nå uppsatta mål i avseende hälso- och sjukvårdsavtalet. Det arbete som bedrivs i kommunen är aktivt och ändamålsenligt, men skulle enligt vår bedömning kunna stärkas med en komplettering med kvantitativa mål i kommunens plan för implementering av avtalet. I ett längre tidsperspektiv är det önskvärt att koppla tillämpningen av inskrivning av mobila vårdteam till utskrivningsskeendet från sjukhuset.

Granskningen av Lunds kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Lunds kommun bör i samverkan med Regionen fortsätta öka samsynen kring innebörden av SIP och effektiviteten i vårdplaneringar med flera parter där alla inkluderas, exempelvis genom att mer frekvent använda digital vårdplanering.
- Lunds kommun bör komplettera sin implementeringsplan med kvantitativa måttal. Planen kan tydligare utgå från genomförd inventering i kommunen och bör omfatta både hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.
- Lunds kommun bör tillsammans med övriga aktörer förtydliga hur de mjuka värdena i hälso- och sjukvårdsavtalet som inkluderar patientens bästa och trygghet i fokus ska förverkligas. Därtill bör centrala begrepp som kontinuitet, team med flera diskuteras och viljeinriktning specificeras genom lokala överenskommelser.
- Lunds kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.
- Lunds kommun bör i kommande entreprenadavtal för kommunal hälso- och sjukvård tydliggöra leverantörens skyldighet att vid varje tillfälle följa de gränssnitts- respektive samverkansavtal som träffas mellan kommunen och Region Skåne.

### **Skurups kommun**

Samlad bedömning avseende om Skurups kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att de ansvariga politiska organen i

kommunen har god kontroll över den verksamhet som bedrivs för att nå uppsatta mål avseende hälso- och sjukvårdsavtalet. Det arbete som bedrivs i kommunen är aktivt och ändamålsenligt.

Granskningen av Skurups kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Skurups kommun bör sammanställa sina insatser i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet och till samverkan vid utskrivning från slutenvården i en implementeringsplan som utgår från befolkningens behov och beskriver kommunens insatser för att implementera avtalet.
- Skurups kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.
- Skurups kommun bör i samverkan med Regionen fortsätta öka samsynen kring innebörden av SIP och effektiviteten i vårdplaneringar med flera parter där alla inkluderas, exempelvis genom att mer frekvent använda digital vårdplanering.

### **Svedala kommun**

Samlad bedömning avseende om Svedala kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att de ansvariga politiska organen i Svedala kommun har god kontroll över den verksamhet som bedrivs för att nå uppsatta mål avseende hälso- och sjukvårdsavtalet. Det arbete som bedrivs i kommunen är aktivt och ändamålsenligt. Det skulle enligt vår bedömning kunna ytterligare stärkas med stöd av en samlad plan för det fortsatta implementeringsarbetet.

Granskningen av Svedala kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Skurups kommun bör inom ramen för samverkansorganisationen verka för utvecklade stöd- och utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdens och omsorgens första linje
- En plan för det kommunala ansvaret i avtalet, relaterat till samverkan med primärvård och slutenvård, bör ytterligare tydliggöras av Skurups kommun för att nå ett bättre utnyttjande av resurserna
- Skurups kommun, bör inom ramen för samverkansorganisationen, fortsatt verka för god samverkan med bägge vårdcentralerna
- Skurups kommun bör inom ramen för samverkansorganisationen tillhandahålla lättillgänglig information till medborgarna där syftet och den praktiska tillämpningen med avtalet presenteras

### **Tomelilla kommun**

Samlad bedömning avseende om Tomelilla kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att de ansvariga politiska organen i Tomelilla kommun har god kontroll över den verksamhet som bedrivs för att nå uppsatta mål i avseende hälso- och sjukvårdsavtalet. Det arbete som bedrivs i kommunen är aktivt och ändamålsenligt.

Granskningen av Tomelilla kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Tomelilla kommun bör sammanställa sina insatser i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet och till samverkan vid utskrivning från slutenvården i en implementeringsplan som utgår från befolkningens behov och beskriver kommunens insatser för att implementera avtalet.
- Tomelilla kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.
- Tomelilla kommun bör i kommande entreprenadavtal för kommunal hälso- och sjukvård tydliggöra leverantörens skyldighet att vid varje tillfälle följa de gränssnitts- respektive samverkansavtal som träffas mellan kommunen och Region Skåne.

### **Trelleborgs kommun**

Samlad bedömning avseende om Trelleborgs kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att de ansvariga politiska organen i Trelleborgs kommun har god kontroll över den verksamhet som bedrivs för att nå uppsatta mål i avseende hälso- och sjukvårdsavtalet. Det arbete som bedrivs i kommunen är aktivt och ändamålsenligt, men skulle enligt vår bedömning kunna stärkas med stöd av en samlad plan för det fortsatta implementeringsarbetet.

Granskningen av Trelleborgs kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Trelleborgs kommun bör inom ramen för samverkansorganisationen verka för att Regionen genomför utvecklade stöd- och utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdens och omsorgens första linje
- Trelleborgs kommun bör ta fram en plan för det kommunala ansvaret i avtalet, relaterat till samverkan med primärvård och slutenvård, för att nå ett bättre utnyttjande av resurserna
- Trelleborgs kommun bör inom ramen för samverkansorganisationen tillhandahålla lättillgänglig information till medborgarna där syftet och den praktiska tillämpningen med avtalet presenteras
- Trelleborgs kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras

### **Vellinge kommun**

Samlad bedömning avseende om Vellinge kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att de ansvariga politiska organen i Vellinge kommun har god kontroll över den verksamhet som bedrivs för att nå uppsatta mål i avseende hälso- och sjukvårdsavtalet. Det arbete som bedrivs i kommunen är aktivt och ändamålsenligt, men skulle enligt vår bedömning kunna stärkas med stöd av en samlad plan för implementeringsarbetet.

Granskningen av Vellinge kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Kommunen bör sammanställa sina insatser i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet och till samverkan vid utskrivning från slutenvården i en implementeringsplan som utgår från befolkningens behov och beskriver kommunens insatser för att implementera avtalet.
- Kommunen bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.
- Kommunen bör inom ramen för samverkansorganisationen verka för utvecklade stöd- och utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdens och omsorgens första linje.

### **Ystads kommun**

Samlad bedömning avseende om Ystads kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att organisering och ansvarsfördelning inom kommunen är tydlig. Det ser dock ut att finnas behov av tydligare informationsöverföring mellan kommunens representanter i de olika samverkansorganen. Det hade också gynnat arbetet om det fanns en tydligare tidplan för implementering av olika delar, samtidigt som även det kräver fungerande samverkan med regionen på lokal nivå.

Med tanke på avtalets intentioner och innehåll vore det rimligt för nämnden att följa upp arbetet på ett mer systematiskt sätt. Utifrån det beskrivna nuläget har vi förståelse för att det så här långt varit svårt att se effekter och samhällsekonomiska besparingar. Det bör ligga i kommunens intresse att på sikt och i någon form göra sådana uppföljningar.

Granskningen av Ystads kommun föranledde följande förbättringsförslag till socialnämnden:

- Ystads kommun bör tydliggöra kommunens mål och strategier för hur intentionerna i avtalet ska uppnås.
- Ystads kommun bör på ett mer systematiskt sätt följa upp arbetet med vårdavtalet, och då även följa upp effekter för vårdtagare och patienter.

### **Åstorps kommun**

Samlad bedömning avseende om Åstorps kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att Åstorps kommun bedriver ett ändamålsenligt arbete. Det finns en systematik i arbetet vad gäller struktur och tid för SIP och organiserade hemtagningssteam. Nya arbetssätt har påbörjats och uppföljning av lokalt samarbetsavtal sker. Det finns dock ett antal områden som ännu inte är helt utvecklade eller implementerade som till exempel: mål och strategier, kompetensutveckling angående svårt sjuka, läkarstöd samt ett teambaserat arbetssätt till fler i kommunen som har dess behov. Arbetet som bedrivs i kommunen är aktivt men skulle enligt vår bedömning kunna stärkas ytterligare med stöd av en samlad plan för implementeringsarbetet.

Granskningen av Åstorps kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Åstorps kommun bör bidra med informationsinsamling utifrån sin konkreta samverkan som sker på lokal nivå till den planerade uppföljning som sker av sjukvårdsavtalet.
- Åstorps kommun bör ta beslut om en plan för mål och strategi för det kommunala arbetet.
- Åstorps kommun bör tillsammans med Region Skåne utveckla lättillgänglig relevant information av olika slag till medborgarna.
- Åstorps kommun bör tillsammans med Region Skåne fokusera på ett ökat stöd och utbildning i vardagen så att kommunens personal i enlighet med avtalets intensioner kan vårda svårt sjuka i hemmiljö.
- Åstorps kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.

### **Örkelljunga kommun.**

Samlad bedömning avseende om Örkelljunga kommun bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet var att Örkelljunga kommun bedriver ett ändamålsenligt arbete. Det finns en systematik i arbetet vad gäller struktur som exempelvis planerade tider för SIP och organiserade hemtagningssteam. Nya arbetssätt har påbörjats och uppföljning av lokalt samarbetsavtal sker. Det finns dock ett antal områden som ännu inte är helt utvecklade eller implementerade som till exempel mål och strategier, kompetensutveckling från Region Skåne angående svårt sjuka, läkarstöd samt ett teambaserat arbetssätt på en av de två vårdcentralerna. Arbetet som bedrivs i kommunen är aktivt men skulle enligt vår bedömning kunna stärkas ytterligare med stöd av en samlad plan för implementeringsarbetet.

Avtalets mål och intentioner är i allmänhet välkända, men är i vissa delar formulerade på ett övergripande sätt som lämnat utrymme för tolkningar. I det praktiska arbetet har det inom något område funnits olika meningar om tolkningen av avtalet. Vår bedömning är att Örkelljunga kommun tillsammans med Region Skåne bör verka för att förtydliga de områden där oklarhet råder.

Granskningen av Örkelljunga kommun föranledde följande förbättringsförslag:

- Örkelljunga kommun bör bidra med informationsinsamling utifrån sin konkreta samverkan som sker på lokal nivå till den planerade uppföljning som sker av sjukvårdsavtalet.
- Örkelljunga kommun bör ta beslut om en plan för mål och strategi för det kommunala arbetet.
- Örkelljunga kommun bör tillsammans med Region Skåne utveckla lättillgänglig relevant information av olika slag till medborgarna.

- Örskelljunga kommun bör tillsammans med Region Skåne fokusera på ett ökat stöd och utbildning i vardagen så att kommunens personal i enlighet med avtalets intensioner kan vårda svårt sjuka i hemmiljö.
- Örskelljunga kommun bör säkerställa relevanta data från kommunens verksamhet så att en tillförlitlig uppföljning av effekter för patienterna liksom de ekonomiska konsekvenserna av avtalet och de nya utskrivningsreglerna kan genomföras.

### **Region Skåne**

Samlad bedömning avseende om Region Skåne är att Region Skåne i huvudsak bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med att stödja kommunerna vid implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet för att skapa förutsättningar för att uppnå de mål och syften som anges i avtalets avsiktsförklaring.

Vidare bedöms att Region Skåne i samverkan med kommunerna har medverkat i att skapa en samarbetsorganisation som ger ansvariga politiska organ god insyn och kontroll över förverkligandet av hälso- och sjukvårdsavtalet. För att Region Skåne ska kunna stå för sin del av åtagandena i avtalet görs bedömningen att det behöver göras en grundläggande översyn av primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter. En sådan översyn behöver inbegripa även akutsjukhusens och annan specialistvårds funktion och roll.

Granskning av Region Skåne föranledde följande förbättringsförslag:

- Fördelningen av ansvar, roller och mandat mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukvårdsnämnderna och mellan koncern och förvaltningar bör klargöras för ett mer effektivt förverkligande av avtalet.
- Primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter bör ses över.
- Arbetet med genomförandet av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården bör ses som en helhet och insatser för att stödja en önskvärd utveckling inom dessa områden bör samordnas samt inkludera sluten- och specialistvården.
- Nuvarande planerad uppföljning bör kompletteras med informationsinsamling utifrån den konkreta samverkan som sker på lokal nivå.
- Åtgärder som medverkar till ökat förtroende mellan parterna är angelägna både för att lösa uppkomna tolkningsfrågor och för att i samverkan utveckla hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner.